

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

415786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/01/11 11/12/10	5-Sinthe FATOLOLEADA	6-Número da Guia Principal 415786	7-Data Validade da Sinthe 08/10/12 11/12/11
--------------------------	--	--	-------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10031799940599239511	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALESSANDRA MATHIAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704706710097839
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome ALESSANDRA MATHIAS OLIVEIRA DE	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA MATHIAS OLIVEIRA DE
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	10/11	10/11	10/11
2-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	10/11	10/11	10/11
3-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	10/11	10/11	10/11
4-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	10/11	10/11	10/11
5-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	10/11	10/11	10/11
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 11/11/11
--	--	--

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132